

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo



helse asker og bærum

Deres ref. 200500444

12.05.05

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt - høring

Asker og Bærum kommune gjennomførte høsten 2003 et forprosjekt sammen med Sykehuset Asker og Bærum HF for å utrede mulige løsninger for et helhetlig og integrert tilbud av helsetjenester. Hensikten var videre å bruke utredningen som et beslutningsgrunnlag for å en eventuell søknad om forsøksstatus for utprøving av en ny juridisk organisasjonsmodell.

Forprosjektet gikk i gjennom de juridiske rammene og begrensningene for et integrert feles eid *Helse Asker og Bærum* og konkluderte at en slik løsning innebærer en forvaltningsreform og krever omfattende lovendringer i Stortinget. Med etableringen av Wisløff utvalget fikk problemstillingen en nasjonal forankring. Kommunene og sykehuset valgte og fokusere på samarbeid innenfor dagens forvaltningsnivå og lovverk, og inngikk 1. april 2005 en overordnet avtale om samarbeid. Det ble etablert en styringsgruppe med de tre partenes administrative ledere, og det er med stor interesse styringsgruppen har vurdert utvalgets forslag.

Vi har i det følgende kommentert utvalgets innstilling med vekt på de forhold departementet etterspør i brev 01.03.05. Vi har valgt å vektlegge de forhold vi har erfaring med. Det betyr at det kan være flere av utvalgets forslag vi kan slutte oss til, uten at vi har kommentert dette særskilt.

1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Styrkeforhold mellom tjenestenivåene

Utvalget peker på den skjevhet i styrkeforhold som vil være særlig synlig mellom store helseforetak og små kommuner. Asker - og Bærum kommune er i så måte i en særstilling, som to av landets største kommuner. Videre dekker helseforetaket med noen unntak bare befolkningen i disse kommunene. Dette gir store muligheter. Vår erfaring er likevel at det er ikke bare kommunestørrelse og kommunens kompetanse som er avgjørende for en

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg I
S.nr. 200500444 - 34

likeverdig dialog. Både helseforetak og kommuner er fragmenterte og sammensatte aktører som ikke alltid fremstår med et tydelig ansikt. Sykehuset har betydelige interne utfordringer i å samordne sin utskrivningspraksis og fremstå som en aktør, for å nevne ett relevant eksempel. På den annen side har kommunene en virksomhetsorganisering basert på betydelig delegasjon av myndighet. Dette gjør at det kan være vanskelig å finne riktig nivå på tjenestesiden for å drive forpliktende endringsarbeid.

Vår erfaring etter ett år med en overordnet samarbeidsavtale, er at det av avgjørende betydning å forankre avtalens intensjoner samt forplikte mellomledere i en travel hverdag med tungt driftsansvar. Det er også viktig at man aldri undervurderer betydningen av kultur og enkeltpersoners holdninger og innsatts. En samarbeidsavtale kan aldri bøte på uhensiktsmessig organisering og manglende ledelse hos hver enkelt av partene. Med tanke på de utfordringene vi er avhengige av å løse i fellesskap, er det nødvendig at også den interne organiseringen avspeiler dette.

Helse Asker Bærum avtalen er organisert som et to års forsøk som skal evalueres for man tar stilling til videreføring. Det er viktig å være åpen for at *veien blir til mens man går*, og at det er rom for lokale løsninger og tilpasninger. Vår erfaring var at det ikke er hensiktsmessig med en samarbeidsansvarlig eller en adresse hos hver av de tre partene, slik det opprinnelig var tenkt. Ansvarsområdet ble for vidt og avstanden for stor til det utøvende nivå. Dette har medført at vi i 2005 har opprettet administrative lederforum for henholdsvis somatikk og psykisk helse (se vedlagt strategi for 2005). En annen viktig erfaring er at det kan være behov for å ta hensyn til ulikheter i forholdet mellom helseforetaket og de to kommunene. Det har medført at vi har etablert et felles lederforum somatikk for de to kommunene og helseforetaket, mens vi har etablert et lederforum psykisk helse for hver av de to kommunene og foretaket. Det er viktig og understreke at det ikke bare er kommunale variasjoner, men også forhold internt i helseforetaket som kan tale for slike løsninger.

Presset på kommunale tjenester

Innstillingens kapittel 5 peker på mange viktige utviklingstrekk som sier noe om både den virkeligheten kommunene og helseforetakene står overfor. Forholdet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vil aldri være statisk, og de har til felles at de skal betjene en økende eldre befolkning og en befolkning med behov samfunnet ikke tidligere har stått overfor. Vi vil ikke gå inn i en diskusjon om, - og hvor det er størst behov for økte ressurser, men vil understreke at det er vanskelig å drive krevende endringsarbeid og prøve ut nye modeller i et klima som er ensidig preget av stram økonomi og innsparing.

Forslag om sameie av tjenesteforetaer (10.4.2)

Vi støtter utvalgets vurdering av at det er verdifullt å gjennomføre forsøk med samling av det totale ansvaret til ett nivå, enten for alle pasienter i et område eller for grupper av pasienter/noen behandlingsområder. Vi mangler kunnskap om ulike modeller og det er vanskelig å sammenlikne organisatoriske modeller internasjonalt. Utgangspunktet må være et felles ønske om å tilby befolkningen gode helsetjenester. Forholdene vil imidlertid variere geografisk, og ikke bare kommunestørrelse, og hvor mange kommuner helseforetaket forholder seg til vil ha betydning. Det er viktig at man utnytter det som finnes av lokal vilje og initiativ til å gjennomføre tiltak det er tro på, og at det åpnes for lokal variasjon.

Vi vil imidlertid peke på at ikke minst en bestiller utfører modell med overføring av "sørge for ansvaret til kommunene", vil kreve både kompetanse og tillit mellom partene som antakelig krever en form for nasjonal støtte og bistand i gjennomføringen. Selv ikke store kommuner som Asker og Bærum har en organisasjon og kompetanse som uten videre tilsier at de kan gjennomføre et slikt forslag. Helseforetaket på en den andre siden, er avhengig av en tett dialog med det regionale foretaket i mange andre spørsmål enn økonomi, for eksempel funksjonsfordeling og samarbeid med andre helseforetak i regionen. Det må legges noen sentrale rammer som gjør både kommuner og helseforetak i stand til å gjennomføre forsøksfasen uten for stor risiko.

Til slutt vil vi også understreke at en så stor reform som dette, krever forutsigbarhet. Det tar tid å få resultater som kan brukes til læring og tilfrenget erfaringsbasert kunnskap. Vi vil antakelig trenge en forsøksperiode på mer enn fire år skal forsøket ha både lokal og nasjonal verdi.

Generelt om økonomiske virkemidler, takst og refusjonssystemet 10.4.4 og 10.4.5

Vi er enige i utvalgets anbefaling om at regionale helseforetak og kommuner i større grad understøtter samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger. Dette vil i større grad enn i dag gjøre det mulig å støtte opp under lokale prioriteringer og behov. Dette er i teorien mulig allerede i dag, men erfaringen viser at det er vanskelig å gjennomføre. Vi vet i liten grad hva ulike pasientforløp koster, og det er både krevende og risikabelt å lage egne refusjoner knyttet til enkelte pasienter på lokalt nivå. Det bør være et nasjonalt ansvar at det finnes data for pasientforløp som kan brukes til å prioritere for eksempel forebyggende tiltak og riktig behandlingsnivå for kronikere og andre storbrukere av helse-, pleie- og omsorgstjenester.

Utvalgets forslag om takster for ambulant virksomhet og veiledning vil i første omgang imøtekomme behovet for å gjøre det økonomisk mulig å drive slike tiltak. Vi vil allikevel advare mot et ensidig takstfokus, fordi dette ikke nødvendigvis bidrar til en helhet rundt pasientforløpet, men vil stykke det opp i biter som tilsynelatende er lønnsomme fordi det utløser en takst. Dokumentasjon av kvalitet for pasienten og samfunnsøkonomisk god ressursutnyttelse må i større grad enn i dag være tilgjengelig for å sikre et helhetlig pasientforløp.

Øremerkede tilskudd til samhandling (10.4.6)

Det er ikke alltid mulig å dokumentere forventet økonomisk gevinst i forkant av et tiltak. Erfaringsmessig vet vi også at endringsarbeid koster både i tid og ressurser. Vi støtter forslaget om å opprette øremerkede midler til tiltak som retter seg mot pasienter med behov for et tjenestetilbud som ikke er pålagt eller velkjent i dagens arbeidsfordeling. Det er også viktig at man her åpner for en stor variasjonsbrede i tiltak. Vi slutter oss til utvalgets forslag om at krav til formaliserte avtaler for å utlyse midler og at dette også skal forutsettes ved utløsning av statlige midler fra opptrappingsplanen for psykisk helse.

Samtidig vil vi advare mot nye øremerkede midler som i praksis fører til at allerede tilførte midler trekkes ut og partenes egenansvar pulveriseres. Det må være et sentralt nasjonalt ansvar at ulike tiltak dokumenteres med hensyn til resultater slik at gode lønnsomme tiltak videreføres når en eventuell periode med øremerkede opptrappingsmidler fjernes.

Dokumentasjon av nytte for alle (begge) parter er en viktig forutsetning for å etablere samarbeidstiltak, eller nye tilbud som går på tvers av gammel ansvarsfordeling. Sykehuset Asker og Bærum HF og Bærum kommune har nylig gjennomført en ekstern evaluering av en kommunal korttidsavdeling på sykehjem hvor sykehuset har bidratt økonomisk og faglig. Evalueringen bekrefter at tiltaket innebærer kvalitet for pasientene, men den viser også at tiltaket er god økonomi både sykehuset og kommunen. Det er behov for mer dokumentasjon av denne typen. Vi vil også peke på at det er en nasjonal oppgave og formidle og gjøre denne typen dokumentasjon tilgjengelig.

2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

Vi støtter utvalgets forslag om harmonisere og presisering lovverket (10.2.1 og 10.2.2) Vi har også erfart at det er et stort forbedringspotensial i bruk av individuell plan (10.2.2) Avtaler er imidlertid ikke nok i seg selv, det er et løpende lederansvar å sikre at gjennomføringen skjer slik avtalen og intensjonene forutsetter. Dette er en stor utfordring i virksomheter med stor grad av spredning i oppgaver og desentralisert ansvar.

Vi er enige i forslagene om endringer i dagens ordning med pasientombud og en fortsatt samlet organisering av tilsyn med helsetjenestene (10.2.5). Vi vet at det særlig er pasienter med psykiske lidelser, rusproblematikk, kronikere og syke eldre som er avhengige av helsetjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenester, og som oftest opplever at tjenestene er fragmenterte og usammenhengende. Hensynet til disse pasientgruppene bør ivaretas i lovgivningen.

3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen (10.3.1)

Fastlegen bør spille en sentral rolle når vi diskuterer ansvar og samarbeidsformer mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, enten vi diskuterer forebyggende tiltak eller tilrettelegging for behandling i eget hjem. Både sykehuset og hjemmetjenesten peker på betydningen av at fastlegene er tilgjengelige når det gjelder tilrettelegging av omsorg for alvorlig syke og døende for å ta ett aktuelt eksempel.

Sykehuset har etablert et kontaktforum med representanter for fastlegene i kommunene, og kommunene har legenes samarbeidsutvalg (LSU). Møtene holdes på ettermiddagen og er et viktig forum for informasjonsutveksling. Fastlegene ble også trukket aktivt med i sykehusets geriatriprosjekt i 2004, og de er representert i en pågående arbeidsgruppe som ser på tilbudet til alvorlig syke og døende. I kommunen vil kommuneoverlegen ha en sentral rolle i forhold til fastlegene, men tjenesten er ulikt organisert og kommuneoverlegen har ulik myndighet både internt og i forhold til eksterne aktører. Samarbeidstiltak hvor sykehuset og kommunene sammen trekker inn fastlegene kan være en måte å bidra til endringer på.

Vi velger å være avventende til utvalgets to forslag som innebærer forhandling mellom staten og legerforeningen, men vurderer de øvrige forslagene under 10.3.1 som skritt i riktig retning.

Krav til formaliserte avtaler (10.3.3)

Vi ser at forslagene er helt i tråd med den avtalen og den praksis som er inngått i Helse Asker og Bærum samarbeidet, med unntak av kravet til gjensidig konsekvensutredninger. Vi er enige i intensjonen, men er i tvil om at dette er nødvendig. Faste møteplasser med informasjon og generell orientering i tillegg til konkrete samarbeidsprosjekt vil være med på å gjøre dette punktet unødvendig.

Vi har heller ikke praktisert betalingsforskriften for kommunal betaling av ferdigbehandlede pasienter på sykehus. Det er ikke god økonomi for kommunene å spekulere i lenger liggetid

ved sykehuset. Tvert i mot har vi erfart at raskt og riktig tilbud til utskrivningsklare pasienter også er god økonomi for kommunene.

Utfordringer knyttet til ledelse (10.3.6)

Innstillingen viser både i beskrivelsen av utfordringer og diskusjonen av årsaker til mangelfull samhandling at gode helsetjenester er avhengige av mer enn finansieringsordninger og eierskap. Utviklingen går fort, og det stilles store krav til endring og nye arbeidsformer. Det tar tid å endre kultur, og dette er først og fremst en utfordring og et ansvar til lederne. Overordnede avtaler og møteplasser for toppledere, er nødvendige men ikke tilstrekkelige betingelser for samarbeid. Et fokus som går utover egen virksomhet og ansvarsområde stiller krav til kompetanse, oversikt og ikke mist tid også hos ledere på utøvende nivå. Vi støtter forslaget å stille krav til resultater på samhandlingsnivået på alle nivå, men vil understreke betydningen av å organisere virksomheten slik at ledere har mulighet til å ta ansvar, og på den andre siden slik at det er synlig både internt og eksternt hvem som har ansvaret.

Med vennlig hilsen

Elisabeth Vardheim

Leder styringsgruppen for Helse Asker og Bærum

Kontaktperson:

Christine Furuholmen

Prosjektleder (cfuruh@sabhf.no) 48 08 27 04

Vedlegg:

Årsmelding 2004

Strategi for 2005

www.sabhf.no og www.baerum.kommune.no\hab